Aus der Klinik für Hautkrankheiten der Universität zu Breslau
(Direktor: Professor Dr. Jadassohn)

Beitrag zur Statistik der venerischen Erkrankungen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin und Chirurgie
bei der Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

*

Vorgelegt von
Hanna Schiwy
approb. Aerztin

Breslau 1928

Aus der Klinik für Hautkrankheiten der Universität zu Breslau
(Direktor: Professor Dr. Jadassohn)

Beitrag zur Statistik der venerischen Erkrankungen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin und Chirurgie
bei der Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

*

Vorgelegt von
Hanna Schiwy
approb. Aerztin

Breslau 1928

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

Berichterstatter: Professor Dr. Jadassohn

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548228_0005

Es ist von jeher anerkannt worden, dass die Statistik bei den venerischen Erkrankungen mit ganz besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen hat. Aber es gibt leider manche Fragen, die ausschliesslich auf statistischem Wege gelöst werden können. Nur durch die Sammlung möglichst grosser Zahlen und durch die Beachtung aller in Betracht kommenden Fehlerquellen schon bei der Zusammenstellung kann man hoffen, zu einigermassen brauchbaren Resultaten zu kommen.

Es ist ganz natürlich, dass man gerade seit dem Kriege und besonders in den letzten Jahren sich wieder intensiv mit statistischen Arbeiten auf diesem Gebiet beschäftigt hat. Denn einmal war die Bedeutung des Einflusses des Krieges auf Zahl und Verteilung der venerischen Krankheiten festzustellen. Andrerseits fiel namentlich in den letzten Jahren ein Rückgang der frischen Syphilisfälle auf. Es ist ausserdem wichtig, dass vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten möglichst viel und möglichst genaues Material bis zu diesem Zeitpunkt vorhanden ist — damit dann später Vergleiche möglich sind.

Von diesen Gesichtspunkten aus habe ich den Versuch gemacht, das Material der hiesigen Klinik statistisch zu verwerten. Es liegen bis jetzt verhältnismässig wenige statistische Zusammenstellungen aus anderen Kliniken vor. Diese sind nach verschiedenen Gesichtspunkten bearbeitet. Es wäre natürlich sehr erwünscht, wenn man sich auf ein gemeinschaftliches Schema einigen könnte. Vielleicht kann meine Veröffentlichung in dieser Beziehung als Vorarbeit dienen. Es bedarf nicht der Betonung, dass das Material einer Klinik zur Entscheidung auch nur einiger Fragen nicht ausreicht. Vergleiche aber der Statistiken aus einer grösseren Anzahl von Instituten könnten doch wirklich beachtenswerte Resultate ergeben.

Wir haben eine Zählung und Sichtung unter dem Gesamtmaterial unserer Frauen- (F. P. K.) und Männer-Poliklinik (M. P. K.) vorgenommen, das gleich zu setzen ist dem Material der hiesigen Universitäts-Hautklinik überhaupt, da auch jeder stationär behandelte Patient durch die Polikliniken geht. Untersucht wurden die Jahre: 1910, als erstes Salvarsanjahr, 1913, als das Jahr, in dem die Salvarsantherapie eine gewisse, wenn auch noch keineswegs allgemeine Ausbreitung und Durchführung erreicht hat — und als letztes Vorkriegsjahr. Die Kriegsjahre 1914 bis 1918 sind in unsere Statistiken nicht einbezogen, da unsere Klinik zum grossen Teil zum Militärlazarett umgewandelt wurde, wodurch wesentliche Verschiebungen in der Zusammensetzung unseres Materials bedingt wurden. Aus diesen und aus manchen anderen leicht verständlichen Gründen erschienen diese Jahre als ungeeignet für jeden Vergleich. Das Hauptinteresse

unserer Untersuchungen liegt wohl in den Zahlen aus den Nachkriegsjahren 1919 bis 1926 inklusive.

Die Zahlen sind im allgemeinen sehr hoch: Breslau steht von jeher unter den Städten mit grösster venerischer Morbidität. Andrerseits konzentriert sich an unserer Klinik der Zustrom eines ausgedehnten Hinterlandes.

In folgenden Tabellen sind in absoluten Zahlen die venerischen Fälle wiedergegeben.

Tabelle 1. Männerpoliklinik.

Jahr	Gesamtfrequenz	Gesamt		Lues I	Lues II	Lues III	Parench. Lues des C. N. S.	Lues lat.	Lues cong.	Gonorrhöe	Ulc. molle
		vener. Krankh.	Lues tot.								
1910	3 782	1 683	947	125	307	94	26	389	6	570	166
1913	4 085	2 000	1 075	148	215	63	26	614	6	786	143
1919	8 805	2 443	1 211	247	231	47	25	642	19	835	397
1920	7 068	1 979	1 060	249	228	42	24	510	7	728	191
1921	5 988	1 562	783	172	194	36	32	338	11	632	147
1922	5 539	1 407	729	151	140	23	24	379	12	550	128
1923	4 434	1 077	557	102	139	31	16	261	8	444	76
1924	4 832	981	536	68	112	38	10	301	7	420	25
1925	5 196	1 230	762	45	89	29	9	576	14	467	1
1926	4 890	1 088	683	44	46	25	17	534	17	417	2

Tabelle 2. Frauenpoliklinik.

Jahr	Gesamtfrequenz	Gesamt		Lues I	Lues II	Lues III	Parench. Lues des C. N. S.	Lues lat.	Lues cong.	Gonorrhöe	Ulc. molle
		vener. Krankh.	Lues tot.								
1910	3 010	575	482	13	208	50	1	172	38	72	21
1913	3 384	813	680	15	195	42	1	408	22	108	25
1919	6 470	1 230	971	44	349	80	3	466	29	213	46
1920	5 246	1 126	941	55	331	56	3	462	34	155	30
1921	4 929	1 010	826	51	296	52	4	346	30	167	17
1922	4 201	772	666	22	225	37	7	344	31	87	19
1923	4 118	656	518	21	170	31	1	271	24	126	12
1924	4 062	594	526	14	131	44	4	305	28	61	7
1925	4 215	590	481	13	114	47	2	270	35	59	0
1926	3 878	566	493	1	85	41	0	309	52	73	0

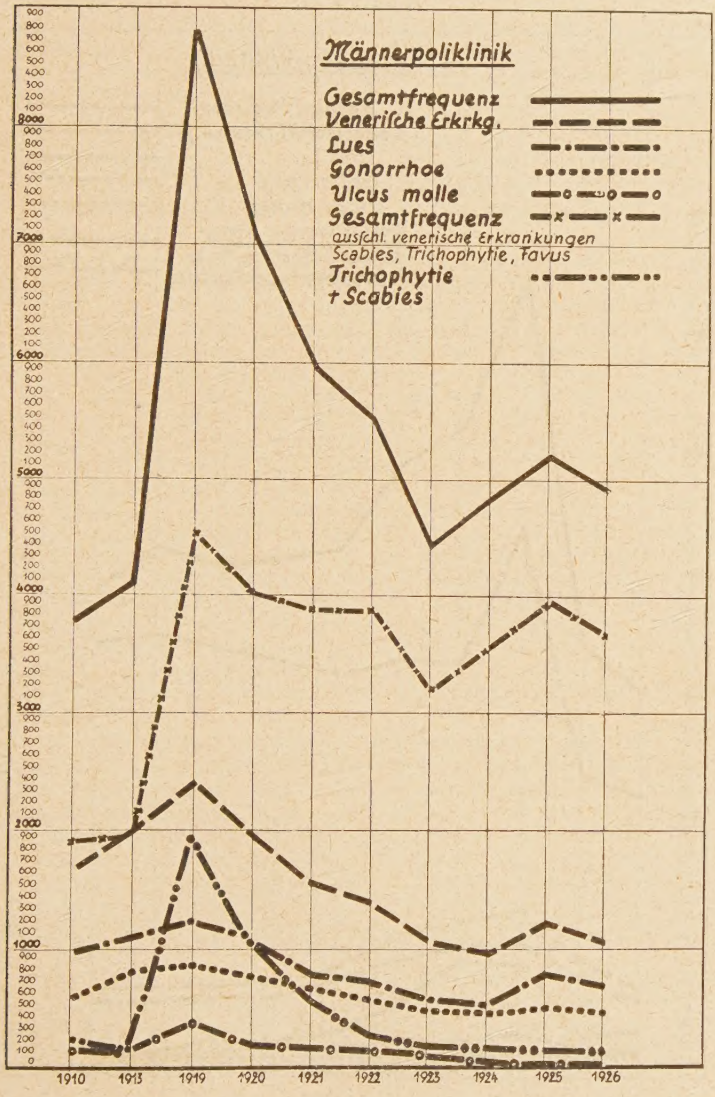
Als Anmerkung wäre hinzuzufügen, dass unter Lues latens zusammengefasst sind alle Patienten, welche frei von klinischen Erscheinungen in dem betreffenden Jahre zur Beobachtung kamen, daher auch die Blut- und Liquorpositiven, und zwar sowohl diejenigen, die anderwärts, als auch diejenigen, die in unserer Klinik antiluetisch vorbehandelt sind; dazu kommt noch die kleine Gruppe derer, die noch keinerlei antiluetische Behandlung erhalten hatten, z. B. Patienten, die wegen einer anderen Krankheit zur Untersuchung kamen (Gonorrhöe usw.) und bei denen die Syphilis durch die Blutuntersuchung entdeckt wurde.

Zur besseren Uebersicht folgen graphische Darstellungen. In der Annahme, dass die Kurve der Gesamtfrequenz in ihrem Verlauf wesentliche Beeinträchtigung erführe durch die sehr wechselnden Ziffern der venerischen Krankheiten einerseits, andrerseits durch die ja allgemein bekannte starke Vermehrung von Trichophytie und Scabies in der Kriegs- bzw. Nachkriegszeit, haben wir eine Kurve: Gesamtfrequenz ohne die venerischen, die Trichophytie und die Scabies eingeführt, um als Vergleichsobjekt das ganze übrige Material (die sonstigen Hauterkrankungen) zu erfassen, welche nicht in gleichem Masse vom Krieg beeinflusst worden sind. Von dieser Kurve konnte

man also erwarten, dass sie die Frequenzbewegung der Poliklinik am reinsten wiedergeben würde.

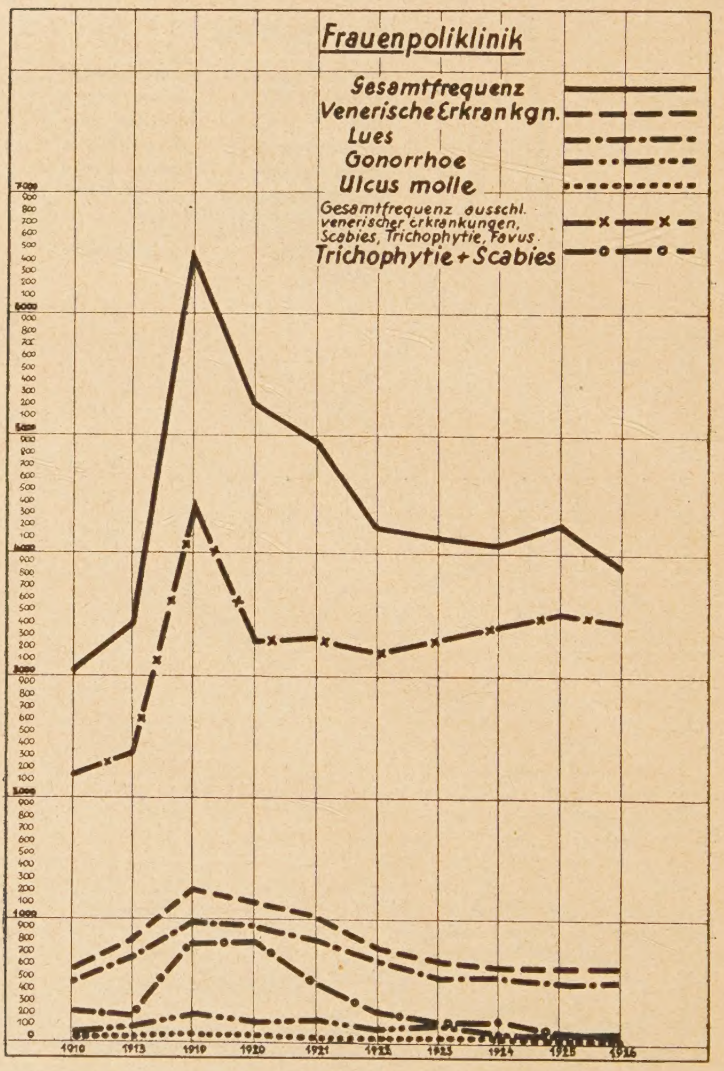
Die Gesamtfrequenz in unserer M. P. K. ist während der von mir herangezogenen Jahre ganz beträchtlichen Schwankungen unterworfen gewesen. Im Jahre 1913 nahm die Besucherzahl gegen 1910 in geringem Masse zu, während des Krieges erfuhr sie eine beträchtliche Steigerung, so dass sie 1919 8805 betrug, was gegen den Stand von 1913 einen Zuwachs von 115,5 Prozent

Kurve I.



bedeutet. Als Gründe hierfür wären anzugeben: 1. starker Zustrom von Männern, die bisher in militärischen Diensten gestanden hatten, infolgedessen auch durch das Militär ärztlich versorgt waren; 2. eine aus pekuniären Gründen zu erklärende grössere Benutzung von allgemeinen Wohlfahrtseinrichtungen, zu denen die Polikliniken zu rechnen sind; 3. die geringere Zahl der damals von den Krankenkassen Versorgten; 4. die im allgemeinen noch daniederliegende Privatpraxis, die sich erst allmählich wieder einrichtete; 5. die Zunahme von allen den Haut-

Kurve II.



krankheiten, die durch den Krieg in ihrer Zahl vermehrt worden sind, einmal die Trichophytie (Epidemie von „Sykosis parasitaria"), und ausserdem Scabies (ungünstige hygienische Verhältnisse, enges Zusammenwohnen usw.). Dabei ist allerdings zuzugeben, dass die Kriegsverhältnisse auch zur Vermehrung anderer Dermatosen, wie Pyodermien und Ekzeme, beigetragen haben können, aber doch wohl nicht im gleichen Massstabe. (Ich habe, um dies zu demonstrieren, die Kurve Trichophytie und Scabies eingefügt.) Nach diesem Hochstand von 1919 zeigt die Frequenz eine stetige Abnahme bis 1923, bis fast der Stand von 1913 erreicht ist; es mögen hierbei mehrere Faktoren zusammenwirken: Vor allem die Zunahme der Kassenmitglieder und die immer grösseren Schwierigkeiten, welche diesen gemacht werden, sich in poliklinische Behandlung zu begeben, dann die allmähliche Wiederkehr einigermassen geregelter Verhältnisse. Bei dem leichten Anstieg von 1923 bis 1925 kann man an den Beamtenabbau denken, der uns vielleicht eine grössere Menge von Patienten zuführte, die zeitweise Aufhebung der Beratungsstellen für venerische Kranke usw. Es ist natürlich kaum möglich, eine ausreichende Erklärung für jede solche Frequenzänderung zu geben.

Die Kurve der Gesamtfrequenz ohne die Venerischen, die Trichophytie und die Scabies folgt im grossen und ganzen dem Verlauf der Gesamtfrequenz überhaupt, mit Ausnahme der Jahre 1919 bis 1922. Es zeigt sich, dass die Vermehrung der Trichophytie, Scabies und der venerischen Erkrankungen nicht die Bedeutung für die Gesamtfrequenz hat, die man ihr a priori hätte beilegen können. Denn wenn auch Trichophytie und Scabies von 1910 bis 1919 um 286,3 Prozent und die venerischen Erkrankungen um 43,5 Prozent zugenommen haben, so ist auch die Steigerung der Gesamtfrequenz eine so grosse (3800 : 8800 gleich 131,5 Prozent), dass bei der Grösse dieser Zahlen die prozentuarisch freilich höhere Steigerung der erwähnten Krankheiten nicht wesentlich ins Gewicht fällt, d. h. auch die übrigen Hautkrankheiten haben sich in der Poliklinik sehr stark vermehrt. In den folgenden Jahren entspricht die Abnahme bei diesen Hauterkrankungen nicht dem Fallen der Gesamtfrequenz (wenn sie auch geringer als der Abfall bei Trichophytie, Scabies und bei den venerischen Krankheiten ist): 1926 nehmen die Hauterkrankungen ohne Scabies und Trichophytie einen wesentlich grösseren Anteil in unserem Material ein als 1910 bis 1913.

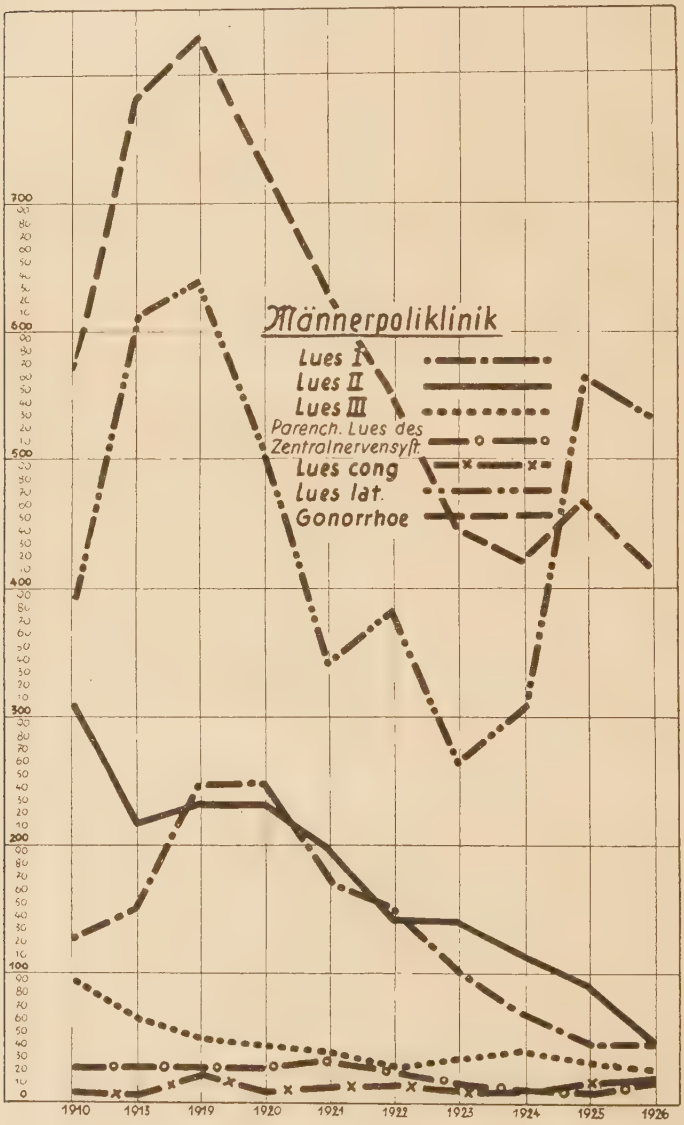
Die Kurve der venerischen Erkrankungen steigt von 1910 über 1913 auf 1919 um 50 Prozent (vgl. Gesamtfrequenz) und fällt seither, einmal etwas weniger, einmal etwas mehr, jedoch mit gleichbleibender Tendenz bis 1924; 1925 bringt dann einen leichten Anstieg, auf den ich später noch zurückkomme, 1926 wieder eine geringe Abnahme. Die Kurven von Gesamtlues und Gonorrhöe nehmen einen ähnlichen Verlauf. Die Lueszahl ist 1926 absolut geringer als 1910, die Gonorrhöezahl ebenfalls, nur ist der Unterschied nicht so gross. Ulcus molle fällt von 1910 zur Nullzahl.

Die Zahlen der Frauenpoliklinik sind immer kleiner gewesen als die der Männerpoliklinik. Der Anstieg der Gesamtfrequenz bis 1919 (114,9 Prozent) ist geringer als bei den Männern (der Rückstrom der Kriegsteilnehmer fällt weg, die Bewegung der Kassenmitgliedschaft hat bei den Frauen geringere Bedeutung

— das bedingt vielleicht auch das Fehlen des steilen Abstieges zum Jahre 1923 — Trichophytie und Scabies spielen eine geringe Rolle, speziell die Trichophytie, welche bei den Männern als Sykosis parasitaria so ausserordentlich häufig war).

Die Zunahme der venerischen Erkrankungen beträgt im Jahre 1919 gegen 1910 113,9 Prozent, der Anstieg zu 1925 ist im Verhältnis zu der M. P. K. sehr gering. Im grossen und ganzen

Kurve III.



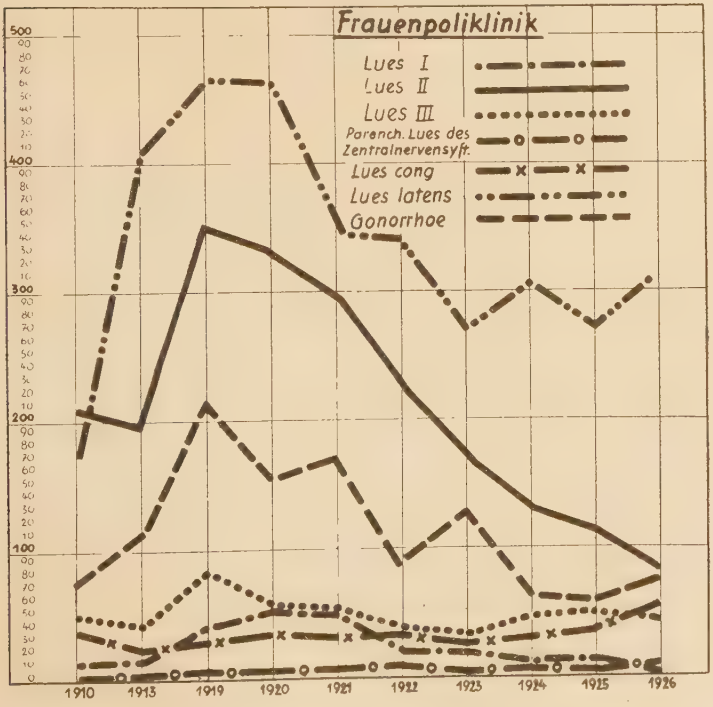
ist der Verlauf der Lues-, Gonorrhöe- und Ulcusmollekurven ähnlich der M. P. K., nur ist die Lues und die Gonorrhöe 1926 noch etwas häufiger als 1910.

Um nähere Aufschlüsse über die Bewegung der Lues zu erhalten, war es nötig, sie in die einzelnen Kategorien, die wir gewöhnlich unterscheiden, zu trennen. Die folgenden Kurven stellen diese Aufteilung dar. Wir haben die Kurve der Gonorrhöe noch hinzugefügt, um deren Bewegung speziell mit der der frischen Lues vergleichen zu können.

Es interessiert zunächst die frische Syphilis. Bei den Primäraffekten folgt auf einen geringen Anstieg von 1910 auf 1913 eine beträchtliche Zunahme während des Krieges und in den Jahren 1919 bis 1920. Man muss hierbei bedenken, dass dies nicht allein eine Zunahme der frischen Infektionen (Rückkehr der Truppen, Revolutionsjahre, grössere Vergnügungssucht) bedeuten muss. Man kann vielleicht einen Teil auf Kosten der gründlichen Aufklärung (im Militärdienst und auch sonst) setzen, der die Patienten schon bei geringgradigen Erscheinungen an eine Infektion denken lässt und zum Arzt treibt. Dieser Zunahme auf das Doppelte folgt ein fast gleichmässiges Sinken auf ein Drittel.

Die sekundäre Syphilis zeigt ihren Höchststand 1910; das kann wohl daran liegen, dass in diesem Jahre das Salvarsan eingeführt wurde, das zunächst den Privatärzten noch nicht zur Verfügung stand. Daher strömten die Syphilitischen damals in

Kurve IV.



die Kliniken — das macht sich statistisch am meisten bei der sekundären Lues geltend. 1913 wurde das Salvarsan schon viel ausserhalb der Kliniken angewendet — daher wohl der Abfall. Von dem höheren Stand 1919-1920 findet dann ein ziemlich regelmässiger Abfall bis 1926 statt. Dass die Zahlen der sekundären Syphilis bei den Männern, die der Primäraffekte so wenig übersteigen — zuletzt sind sie fast gleich —, ist als ein günstiges Zeichen dafür anzusehen, dass doch jetzt eine recht grosse Anzahl von Männern schon im Primärstadium in die Poliklinik kommt. Unter den sekundären ist wohl die Mehrzahl frisch sekundär; doch kommen darunter natürlich auch spätere sekundäre Symptome bzw. Rezidive in Frage. All das statistisch zu sondern war nicht möglich.

Die tertiär-syphilitischen Fälle sind seit 1910 bis 1925 in steter Abnahme begriffen. 1926 bringt einen geringen Anstieg. Die Zahlen der parenchymatösen Syphilis des Zentralnervensystems sind in unserem Material zu klein, als dass sich aus ihrer Bewegung Schlüsse ziehen lassen können. Das gleiche gilt für die kongenitale Syphilis — soweit diese in der Männerpoliklinik geführt wird, handelt es sich um ältere Kinder (Syphilis congenita tarda).

Der Hauptanteil der Luetiker überhaupt entfällt auf die latenten Fälle. Das ist ganz natürlich; denn, wie oben schon betont, figurieren hier auch alle diejenigen, welche zur Wiederholung ihrer Kuren symptomlos wiederkommen. Sie sind in jedem Jahr neu gezählt, während die Primäraffekte doch bei jedem Fall und die Sekundärsymptome bei den meisten Fällen (wegen der intensiven Behandlung) nur einmal auftreten. Der steile Anstieg von 1910 auf 1913 mag vielleicht darin seine Erklärung finden, dass mit der Hoffnung auf das damals neue Salvarsan sich eine Reihe von latenten Fällen wieder in ärztliche Behandlung begaben. Dazu kommen die vor 1913 mit Salvarsan Behandelten, auf deren Nachuntersuchung und Wiederbehandlung besonderer Wert gelegt wurde. Bis 1919 steigt die Zahl weiter an (Rückkehr aus dem Krieg?), von 1919 fällt sie mit einer Unterbrechung 1922 bis 1923 auf einen Stand weit unter dem von 1910. Diese Jahre 1919 bis 1923 sind die Zeit der schlimmsten politischen Wirren und grosser wirtschaftlicher Not. Ausserdem wäre wieder an die zunehmende kassenärztliche Versorgung zu denken. Seither starke Zunahme der latenten Fälle. (1923 zeitweise Aufhebung der Beratungsstellen der Landesversicherung.) Ob diese Vermehrung auf das Doppelte ihren Grund hat in der Besserung der wirtschaftlichen Lage jener Kreise, die für gewöhnlich die Poliklinik aufzusuchen pflegen, und die jetzt wieder die Möglichkeit haben, etwas für ihre Gesundheit zu tun, ob der Beamtenabbau uns in dem mittleren und kleineren Beamtenstand neue Kreise erschliesst, ob zuletzt die Aufklärungsarbeit über die Notwendigkeit gründlicher wiederholter Kuren ihre Früchte trägt und die immer wiederholten Versuche der Poliklinik, die Patienten zur Weiterbehandlung zu veranlassen, ist nicht zu entscheiden. Wahrscheinlich wirken alle diese Faktoren mit zu dem jetzt während der letzten Jahre viel stärkeren Zustrom der latenten Fälle in die M. P. K. Immerhin ist diese Zahl auch jetzt noch geringer als sie 1919 war.

Die Gonorrhöekurve zeigt einen ähnlichen Verlauf wie die Lues I, II und latens. Sie fällt bis zum Jahre 1923 regelmässig, aber nicht so steil wie die Lueskurve im ganzen (siehe auch

Kurve I) und auch nicht so steil, wie die einzelnen Kurven Lues I, II und latens. Von 1923 aber sinkt sie nur noch wenig und unregelmässig, während die Kurven von Lues I und II weiter stark abgefallen sind.

Die analogen Kurven (IV) aus der Frauenpoliklinik ergeben für die Syphilis I einen beträchtlichen Anstieg 1919, 1920 und 1921, seither einen ziemlich kontinuierlichen Rückgang bis unter die Vorkriegszeit. Es ist bekannt, dass die Primäraffekte bei Frauen relativ selten zur ärztlichen Kenntnis kommen. Bei dem Vergleich der Verhältnisse von Primäraffekten zur sekundären Syphilis in den Jahren 1913 einerseits und 1920 andrerseits fällt auf, dass die primäre Lues auch r e l a t i v 1920 viel häufiger ist. (1913 etwa 7,1 : 92,8, 1920 14,2 : 85,7.) Das kann doch wohl daran liegen, dass in den Jahren 1919 und 1920 Frl. Dr. Fuchs ihre Untersuchungen auf Spirochaeten im Zervikalkanal bei allen gefährdeten Frauen begann und dadurch mehr primäre Lues bei Frauen entdeckt wurde.

Die Syphilis II der Frauen ist von 1913 auf 1919 sehr stark gestiegen, 200 : 350, bei den Männern 215 : 230). Diese Differenz liegt natürlich zu einem Teil in der grossen Zahl der Primäraffekte bei den Männern begründet. Seither ist die sekundäre Syphilis bei den Frauen stetig seltener geworden bis weit unter die Zahl der Vorkriegszeit.

Für Lues III ist die Verminderung weniger deutlich als bei den Männern (bei den Frauen spielt die sogenannte unvermittelte Spätsyphilis eine viel grössere Rolle als bei den Männern, so dass ein eventuell anzunehmender günstiger Einfluss der Behandlung sich bei den ersteren weniger geltend machen kann).

Die Kurve der latenten Syphilis ist weniger unregelmässig als in der Männerpoliklinik, der Anstieg zu 1919 bis 1920 nicht so steil, der Abfall bis 1923 nicht so stark, der Anstieg 1924-25 fehlt.

Das Verhältnis der latenten Männer (alle Jahre zusammengenommen) zu der primären und sekundären Syphilis (aller Jahre) ist: 4544 : 3052 = 1 : 0,67. Bei den Frauen beträgt dieses Verhältnis 1 : 0,61.

Für die parenchymatöse Lues des Zentralnervensystems gilt das gleiche wie bei der Männerpoliklinik.

Der leichte Anstieg der Lues congenita (hier sind die kleinen Kinder mit frischer Lues congenita inbegriffen) kann eventuell auf die Einrichtung einer eigenen Kinderstation in der Klinik zurückgeführt werden. — Die Gonorrhöezahlen sind in der Frauenpoliklinik viel niedriger. Die Frauen lassen ihre Gonorrhöe viel häufiger unbehandelt oder sie gehen in gynäkologische Polikliniken oder zu Frauenärzten. Das Maximum im Jahre 1919 ist aber auch hier deutlich. Desgleichen der Abstieg bis 1925; 1926 ein unbedeutender Anstieg. Noch mehr als bei den Männern kommen gerade bei der Frauengonorrhöe zufällige Momente in Betracht (z. B. die Niederlassung von Spezialärztinnen, welche gerade von gonorrhöischen Frauen viel aufgesucht werden). Im ganzen ist auch hier deutlich, dass der Abstieg der Frauengonorrhöe bei weitem nicht so steil erfolgt wie der der frischen Syphilis.

Bei den bisher wiedergegebenen Tabellen und Kurven handelt es sich immer um die Wiedergabe absoluter Zahlen. Gerade aber, weil die Gesamtfrequenz der Polikliniken so stark

schwankte, schien es notwendig, auch prozentuarische Berechnungen anzustellen und diese ebenfalls in Kurven wiederzugeben. Es ist zu hoffen, dass dadurch Fehler in den Schlüssen leichter auszuschliessen sind — vor allem dann, wenn beide Berechnungsarten zu analogen Resultaten führen.

In den Tabellen 3 und 4 sind die Prozentzahlen der Hauptgruppen der venerischen Krankheiten (Syphilis I, II und latens und Gonorrhöe) in ihrem prozentuarischem Verhältnis zu der Gesamtfrequenz für die einzelnen Jahre wiedergegeben.

Tabelle 3. Männerpoliklinik.

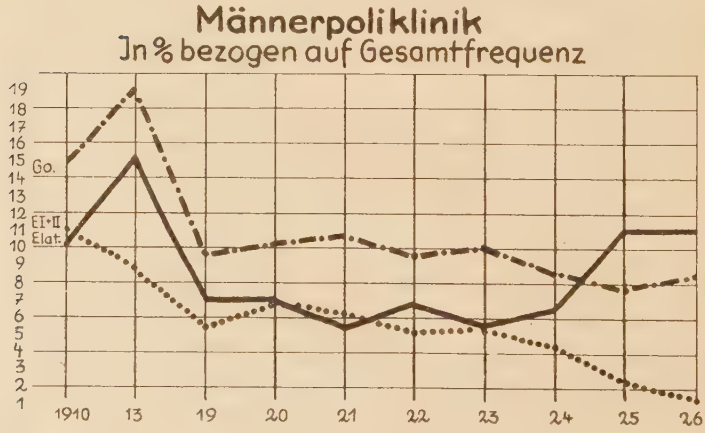
	Prozent, bezogen auf Gesamtfrequenz									
	1910	1913	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Lues I u. II	11,4	8 9	5,4	6,9	6,1	5,2	5,3	4,5	2,5	1,8
Lues latent	10,0	15,0	7,2	7,2	5,6	6,8	5,8	6,2	11,0	10,9
Go.....	15,0	18,8	9,4	10,2	10,7	9,9	10,0	8,6	7,7	8,4

Tabelle 4. Frauenpoliklinik.

	Prozent, bezogen auf Gesamtfrequenz									
	1910	1913	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Lues I u. II	7,3	6,2	6,0	7,0	7,0	5,8	4,8	3,8	3,0	2,2
Lues latent	5,7	12,0	7,2	8,8	7,0	8,1	6,7	7,4	6,4	7,9
Go.....	2,3	3,1	3,3	2,9	3,4	2,0	3,0	1,5	1,3	1,8

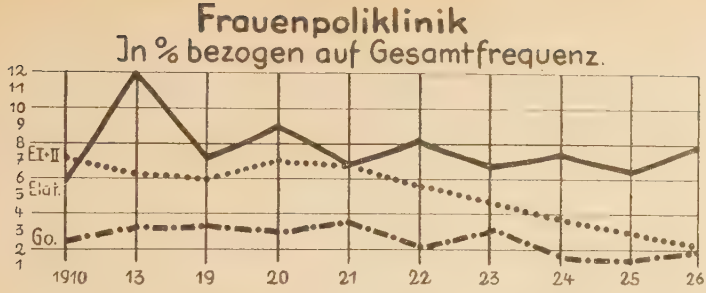
Ich füge hier gleich die entsprechenden Kurven hinzu:

Kurve V.



Endlich gebe ich die Zahlen und Kurven, welche sich ergeben, wenn die gleichen venerischen Krankheiten prozentuarisch berechnet werden nach der Gesamtfrequenz mit Abzug der venerischen Erkrankungen, Trichophytie und Scabies (s. o.).

Kurve VI.



Aus diesen Zahlen ergibt sich:

1. dass die Frequenz der frischen Syphilis im Verhältnis zur Gesamtfrequenz der Poliklinik sehr stark zurückgegangen ist, und zwar sowohl in der Männer- als in der Frauenpoliklinik, in der ersteren aber wesentlich mehr;

2. dass der Steigerung der absoluten Zahlen 1919-20 eine solche der relativen nicht nachweisbar entspricht;

Tabelle 5. Männerpoliklinik.

	Prozent, bezogen auf Gesamtfrequenz (Venerische und Trichophytie und Scabies)									
	1910	1913	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Lues I u. II	22,7	18,6	10,5	11,8	9,5	7,5	7,6	4,3	3,5	2,4
Lues latent	20,5	31,6	14,2	12,6	8,7	9,7	8,2	8,1	14,8	14,5
Go.....	30,0	40,0	18,5	18,0	16,3	14,2	13,9	11,7	12,3	11,3

Tabelle 6. Frauenpoliklinik.

	Prozent, bezogen auf Gesamtfrequenz (Venerische und Trichophytie und Scabies)									
	1910	1913	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Lues I u. II	10,1	8,8	8,8	11,7	10,4	7,7	5,7	4,2	3,5	2,6
Lues latent	7,9	17,3	10,5	14,1	10,3	10,8	8,2	8,6	7,6	9,5
Go.....	3,3	4,5	4,8	4,7	5,0	2,7	3,8	1,8	1,6	2,2

3. dass der Rückgang in der Männerpoliklinik stärker ist als in der Frauenpoliklinik (M. P. K.: 11,4 auf 1,8, F. P. K.: 7,3 auf 2,2);

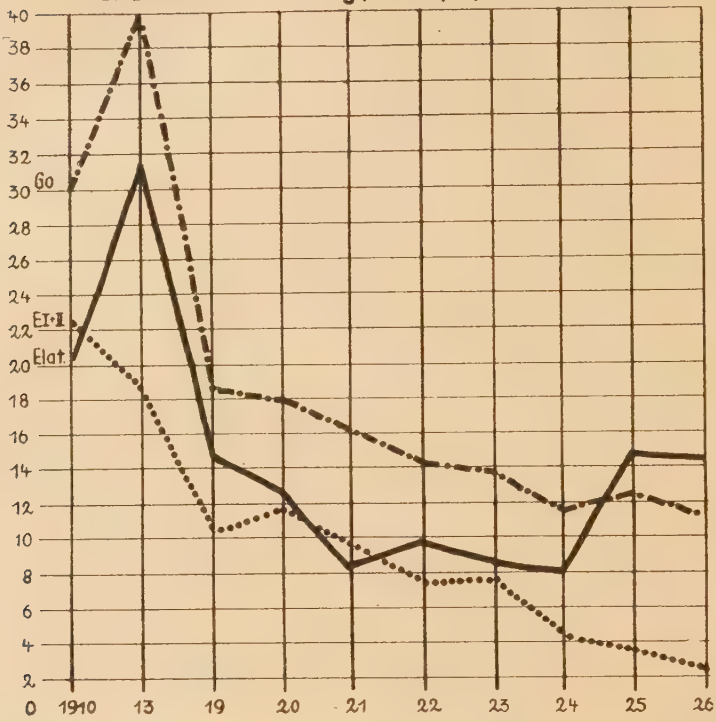
4. dass die relative Frequenz der latenten Syphilis in der Männerpoliklinik in den letzten Jahren sehr deutlich gestiegen ist, während sie von 1913 bis 1919 abfiel. Das letztere trifft auch für die Frauenpoliklinik zu, in der sich aber in den letzten Jahren die Kurve ziemlich gleichmässig verhält;

5. dass die Kurve der Gonorrhöe in der Männerpoliklinik im Jahre 1913 eine besondere Höhe aufweist, dass sie dann von 1919 bis 1923 ziemlich gleich bleibt, von da an sinkt, 1925-26 wieder etwas steigt, dass aber das Sinken der Gonorrhöekurve viel unbedeutender ist als das der frischen Lues, (1920 Gonorrhöe 10,2 Prozent, 1926 Gonorrhöe 8,4 Prozent, 1920 Lues I und II 6,9 Prozent, 1926 Lues I und II 1,8 Prozent.)

Kurve VII.

Männerpoliklinik

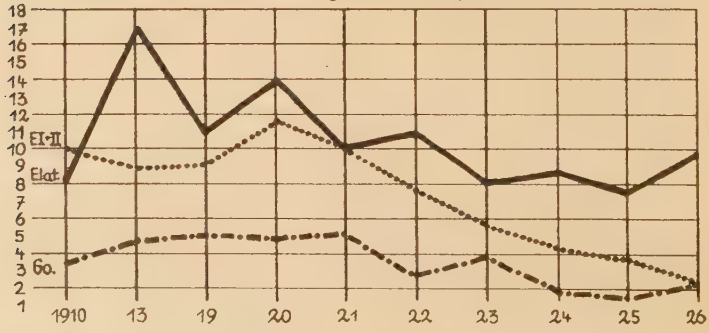
In % bezogen auf Gesamtfrequenz ausschliesslich venerischer Erkrankg., Trichophytie, Scabies.



Kurve VIII.

Frauenpoliklinik

In % bezogen auf Gesamtfrequenz ausschliesslich venerischer Erkrankg., Trichophytie, Scabies



6. Ganz ähnlich liegen in bezug auf die letzten Jahre die Prozentzahlen bei der Frauengonorrhöe und Lues: 1920 Gonorrhöe 2,9 Prozent, 1926 Gonorrhöe 1,8 Prozent, 1920 Lues I und II 7,0 Prozent, 1926 Lues I und II 2,2 Prozent.

7. Die Tabellen und Kurven, welche die Prozentzahlen der drei hier zusammengestellten Krankheitsgruppen im Verhältnis zur Gesamtfrequenz ausschliesslich Trichophytie, Scabies und venerische Krankheiten zusammenstellen, ergeben im wesentlichen die gleichen Resultate, zum Teil noch deutlicher; sie bedürfen also keiner besonderen Besprechung.

Ich möchte mehr beispielsweise noch einige weitere Zahlenvergleiche hervorheben:

Die frische Lues ist in der Männerpoliklinik von 1910 bis 1926 um etwa fünf Sechstel gefallen, während die Gesamtfrequenz von 1 auf 1,29 stieg.

Das Verhältnis von frischer zu latenter Lues betrug im Jahre 1920 1 : 1,04, 1925 1 : 4,37.

Ferner Syphilis I und II im Mittel 1919 bis 1922 zu 1926 3,75 : 1, Gonorrhöe 1,16 : 1, Syphilis latens 0,6 : 1.

Die frische Lues bei den Frauen fiel von 1910 bis 1926 um zwei Drittel, die Gonorrhöe aber nur um ein Viertel. Die Syphilis latens hatte prozentuarisch zugenommen, und zwar 1920 frische Lues zu Lues latens wie 1 : 1,22, 1926 frische Lues zu Lues latens wie 1 : 2,12. Und entsprechend der obigen Zusammenstellung aus der Männerpoliklinik zu der Frauenpoliklinik: Frische Syphilis im Mittel 1919—1920 2,95 zu 1926 1, Gonorrhöe 1919—1920 1,9 zu 1926 1, Syphilis latens 1919—1920 1,01 zu 1926 1.

Das im Vorstehenden wiedergegebene Material habe ich versucht mit anderen in der Literatur vorhandenen Statistiken zu vergleichen. Ich sehe aber hier davon ab, die von mir gefundenen Zahlen zu reproduzieren, da sie nach verschiedenen Prinzipien zusammengestellt sind.

Auf eine weitere, ausführliche Besprechung des Breslauer Materials möchte ich ebenfalls nicht eingehen. Wie ich eingangs hervorgehoben habe, sind die Fehlerquellen bei einer einzelnen Statistik zu gross. Ich möchte — mit Rücksicht auf die neuerdings wieder gepflogene Diskussion (cf. Buschke, Voigt) — auch meinerseits betonen, dass speziell das klinische Material darum gerade jetzt so schwer zu verwerten ist, weil Verschiebungen in der Krankenverteilung gerade in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten eine zu grosse Rolle gespielt haben. Besonders die verschiedentlich von mir hervorgehobene Entwicklung der Krankenkassen, die grosse Zahl der neu niedergelassenen Fachärzte, die wechselnde Inanspruchnahme der Polikliniken durch Haut- bzw. venerische Kranke bedingen sehr viele Fehlerquellen.

Einige Punkte aber sind doch so auffallend, dass sie weitere Beachtung verdienen, zumal sie zum Teil mit vielen anderen Angaben übereinstimmen. Das sind:

1. Die Abnahme der venerischen Krankheiten bis zum Jahre 1926 in der Poliklinik, sowohl nach der absoluten, wie nach der prozentuarischen Berechnung, und zwar sowohl gegenüber 1910 und 1913, als auch besonders gegenüber 1919 (absolute Zahlen).

2. Die Abnahme der frischen Luesinfektionen in dem gleichen Sinn bei den Männern stärker als bei den Frauen.

3. Die davon ausserordentlich verschiedene Bewegung der latenten Lues.

4. Die von der Lues ganz abweichende Kurve der gonorrhöischen Infektionen, deren Zahlen, 1926 gegen 1910 bis 1913, teils vermehrt, teils vermindert gegenüber 1919 bis 1920 vermindert sind, deren Kurve sich aber auch, wo sie sich nach 1926 zu senkt, nicht den gleichen Abstieg zeigt wie die Kurve der frischen Luesfälle.

Worauf diese Differenzen zurückzuführen sind, unterliegt bekanntlich der Diskussion. Ich verweise in dieser Beziehung auf die Enquete Jadassohns und auf die verschiedenen Mitteilungen über die statistischen Schwankungen der Frequenzkurve der venerischen Erkrankungen.

Lebenslauf.

Ich bin als Tochter des Markscheiders Georg Schiwy und seiner Ehefrau geb. Battig in Hindenburg (O.-S.) am 28. Oktober 1899 geboren. Ich absolvierte die Oberrealschulstudienanstalt in Kattowitz (O.-S.), studierte dann an den Universitäten Breslau, Jena und München. Mein medizinisches Vorexamen und Staatsexamen legte ich an der Breslauer Universität ab. Ich arbeitete dann in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik (Prof. Dr. Bittorf) Breslau und der Universitäts-Hautklinik (Geh. Prof. Dr. Jadassohn).

Seit dem Juli 1925 bin ich approbiert und arbeite als Volontärassistent an der Universitäts-Hautklinik.

Hanna Schiwy.

Druck Rudolf Mosse, Berlin SW 19.